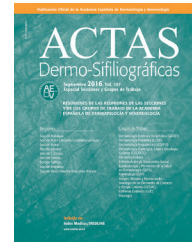




# ACTAS Derma-Sifiliográficas

www.actasdermo.org



## RESÚMENES DE LAS COMUNICACIONES DE LAS REUNIONES DE LA SECCIÓN GALLEGA DE LA AEDV

### XLIV Reunión de la Sección Gallega de la Academia Española de Dermatología y Venereología Ferrol, 30 de mayo de 2015

#### 1. INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON PSORIASIS

A. Batalla Cebey<sup>a</sup>, T. Abalde<sup>a</sup>, L. Salgado Boquete<sup>a</sup>, C. de La Torre<sup>a</sup>, D. González Fernández<sup>b</sup>, L. González Lara<sup>b</sup>, R. Queiro Silva<sup>c</sup>, E. Coto<sup>d,e</sup> y P. Coto Segura<sup>b,e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología II; <sup>c</sup>Servicio de Reumatología; <sup>d</sup>Servicio de Genética Molecular. Hospital Universitario Central de Asturias.

<sup>e</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. España.

**Introducción:** La respuesta al tratamiento biológico en los pacientes con psoriasis es heterogénea y habitualmente impredecible. Nuestro objetivo consistió en evaluar qué características de los pacientes con psoriasis pueden influenciar la respuesta al tratamiento biológico.

**Material y métodos:** Estudio transversal retrospectivo de 141 pacientes con psoriasis a tratamiento con fármacos biológicos, procedentes del noroeste de España. Se evaluó la consecución o no consecución del Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 50 y PASI75 en las semanas 12 y 24, según la edad, sexo, edad de inicio, duración y gravedad de la psoriasis, presencia de artritis psoriásica, historia familiar de psoriasis, índice de masa corporal, presencia de comorbilidades asociadas a riesgo cardiovascular (dislipemia, diabetes tipo 2, hipertensión, cardiopatía isquémica, síndrome metabólico), y hábitos tóxicos. Se consideró “buena respuesta” si los pacientes alcanzaban el PASI75.

**Resultados:** Los porcentajes de “buenos respondedores” fueron menores en los pacientes con dislipemia, diabetes tipo 2 e hipertensión que en aquellos sin dichas comorbilidades, siendo las diferencias estadísticamente significativas en los pacientes dislipémicos en la semana 12 ( $p = 0,046$ ), y en los pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensos en la semana 24 ( $p = 0,001$  y  $p = 0,002$ , respectivamente). Los pacientes con síndrome metabólico tuvieron respuestas significativamente peores que los carentes de este síndrome en todos los puntos de evaluación, alcanzando el mayor nivel de signifi-

ficación en la semana 24 ( $p = 0,001$ ). Los resultados se mantuvieron estadísticamente significativos tras ajustar por factores de confusión, incluyendo la edad y el índice de masa corporal.

**Conclusiones:** Los factores de riesgo cardiovascular parecen influenciar la respuesta al tratamiento biológico en pacientes con psoriasis.

#### 2. PALMA DE FREGONA

E. del Río de la Torre

*Clinica Dermalar. Santiago de Compostela. A Coruña. España.*

**Introducción:** Las pigmentaciones exógenas son un motivo infrecuente de consulta. Su causa es evidente en la mayoría de los casos y, siendo asintomáticas, no llegan apenas al dermatólogo.

**Caso clínico:** Una paciente de 27 años, veterinaria de profesión, acudió a la consulta por una pigmentación pardusca sobre la superficie palmar de la cabeza de los metacarpios de la mano izquierda de dos meses de evolución, completamente asintomática. La paciente era diestra, pero en esta palma no tenía nada. Dado su trabajo de veterinaria temía un contagio por alguno de sus “pacientes”. Después de la jornada, realizaba ella misma la limpieza en su recién instalada clínica veterinaria, usando una fregona de mango de madera. Recomendamos usar guantes o cambiar el tipo de fregona y la lesión desapareció en pocos días. La revisión del archivo permitió localizar otros cuatro casos similares, todos en mujeres y en la misma localización, en 25 años de práctica clínica.

**Discusión:** Hasta donde he podido conocer, esta curiosidad dermatológica no aparece recogida en la literatura como tal. Únicamente en un caso de reciente publicación, la pigmentación se asocia a una disqueratosis pagetoide que, con toda probabilidad, fue un hallazgo incidental al realizar una biopsia innecesaria.

**Conclusiones:** Las dermatosis artefactas son con cierta frecuencia motivo de confusión clínica. Si a esto se añade la sobrevaloración de pruebas complementarias, que habitualmente son muy útiles (como la dermatoscopia o la histopatología), nos puede llevar al consumo injustificado de recursos por simple desconocimiento.

### 3. LESIONES TIPO ERITEMA MULTIFORME EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE

O. Figueroa Silva<sup>a</sup>, P. Leiva Valdebenito<sup>a</sup>, M. Pousa Martínez<sup>a</sup>, J.M. Suárez-Peñaranda<sup>b</sup>, M. Ginarte<sup>a</sup>, M.D. Sánchez Aguilar<sup>a</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Introducción:** El síndrome de Rowell (SR) es una entidad controvertida, que representa la combinación de lupus eritematoso (LES) y lesiones tipo eritema multiforme (EM) en el mismo paciente.

**Caso clínico:** Varón de 36 años, con antecedentes personales de glomerulonefritis membranosa idiopática a tratamiento con ciclosporina, endocarditis infecciosa complicada con embolismo y absceso esplénico que precisó esplenectomía. Acude a urgencias de dermatología por lesiones de inicio en tronco, levemente pruriginosas, que posteriormente se extendieron por todo el tegumento, acompañadas de malestar general y astenia. En la exploración física presentaba placas eritematosas confluyentes en tronco, así como afectación de ambas extremidades con lesiones tipo pápula/placa de aspecto dianiforme. La semimucosa labial estaba levemente afectada, así como el cuero cabelludo y la región facial. Con la sospecha clínica de EM se realizó una biopsia de una lesión en el muslo en la que se apreciaba una dermatitis de interfase con abundantes queratinocitos disqueratósicos en diferentes niveles de la epidermis, y áreas de necrosis epidérmica llegando a producir una ampolla. En el momento del ingreso se suspende la ciclosporina y se inicia terapia con corticoides. En los estudios analíticos realizados se objetivan ANA a títulos elevados; ENA, anti-Ro y anti-La positivos. Ante la mejoría clínica se inició el descenso de la dosis de corticoides, produciéndose una elevación de las enzimas hepáticas, que se normalizan al aumentar nuevamente la dosis de corticoides. Una vez resuelta la hepatitis y las lesiones cutáneas, el paciente es dado de alta con tratamiento inmunosupresor con el diagnóstico de EM en un paciente con un contexto autoinmune, posiblemente LES.

**Discusión:** La presencia de lesiones tipo EM en un paciente con LES se ha considerado tanto como un síndrome con criterios definidos (SR), como la simple coincidencia de dos enfermedades, o más recientemente como una manifestación cutánea inhabitual en un paciente con LES.

**Conclusiones:** Presentamos el caso de un varón joven con cuadro de lesiones cutáneas tipo eritema multiforme en un contexto de enfermedad autoinmune de base puesto de manifiesto durante su ingreso.

### 4. SÍNDROME DE EMPACT EN PACIENTE CON NEOPLASIA PULMONAR

A. Vilas Sueiro<sup>a</sup>, D. Sánchez Aguilar<sup>b</sup>, I. Vázquez Osorio<sup>b</sup>, J.M. Suárez Peñaranda<sup>c</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. <sup>b</sup>Servicio de Dermatología; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña. España.

**Introducción:** El eritema multiforme (EM), el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET) son dermatosis ampollosas agudas provocadas principalmente por infecciones víricas o por la ingesta previa de fármacos, entre ellos la fenitoína. Clínicamente abarcan un amplio espectro de manifestaciones, pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente en algunos casos.

**Caso clínico:** Varón de 54 años de edad, que presentaba lesiones eritematosas de pequeño tamaño con morfología en diana y tendencia a confluir en cara, cuello, tronco y raíz de miembros superiores; inyección conjuntival e intensa afectación de la mucosa oral y labial que evolucionó con un despegamiento y dolor cutáneo en las áreas afectas, con signo de Nikolsky. Aproximadamente 2 meses antes del inicio de las lesiones cutáneas, había sido diagnosticada

do de un adenocarcinoma pulmonar (T3-4N2M1) con metástasis única intracraneal, realizando tratamiento con radioterapia holocraneal que finalizó una semana antes del inicio del cuadro cutáneo. El paciente realizaba tratamiento con fenitoína como anticomicial profiláctico. La biopsia de una de las lesiones en la región supraclavicular reveló una necrólisis epidérmica con áreas de despegamiento epidérmico. El paciente presentó una buena evolución de las lesiones, manteniéndose estable en relación a su proceso neoplásico. En los últimos años, se ha demostrado que la asociación de radioterapia holocraneal y fenitoína conlleva un incremento en el riesgo de desarrollar lesiones cutáneas tipo eritema multiforme, que se conoce como síndrome EMPACT. Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de los casos ha presentado manifestaciones cutáneo-mucosas del tipo SSJ o NET, situación que puede llegar a comprometer la vida del sujeto. Se desconoce la patogénesis y se ha postulado como teoría más extendida que la radioterapia podría inducir el déficit de etopóxido hidroxilasa, enzima encargada de eliminar los metabolitos tóxicos de la fenitoína.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de síndrome de EMPACT con afectación cutánea y de mucosas inusualmente grave, haciendo especial hincapié en la recomendación de valorar individualmente la necesidad de introducir fármacos anticomiciales de manera profiláctica y, en caso de ser imprescindible su administración, de vigilarse estrechamente la aparición de lesiones compatibles con este cuadro.

### 5. DERMATOSIS PURPÚRICA PIGMENTADA GRANULOMATOSA. APORTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

S. García Rodiño<sup>a</sup>, P. Leiva Valdebenito<sup>a</sup>, M. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup>, M.T. Rodríguez Granados<sup>a</sup>, M.J. Seoane Pose<sup>a</sup>, J.M. Suárez Peñaranda<sup>b</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Introducción:** Las dermatosis purpúricas pigmentadas (DPP) se manifiestan clínicamente como lesiones purpúricas no palpables e histológicamente como infiltrados linfocíticos perivasculares, con extravasación hemática y depósitos de hemosiderina. Existen 5 tipos clásicos y otras variantes menos comunes como la pruriginosa, la unilateral lineal y la granulomatosa.

**Casos clínicos:** Paciente 1: Mujer de 48 años con lesiones pruriginosas en piernas de 2 años de evolución. Paciente 2: Varón de 46 años con lesiones asintomáticas en piernas de 9 años de evolución. En la exploración se observaron, en los dos casos, lesiones purpúricas e hiperpigmentadas, no palpables, en ambas piernas. En la paciente 1 se objetivó además una dislipemia no conocida. El estudio histopatológico demostró, en ambos casos, una dermatitis purpúrica limitada a la dermis papilar, con discretos depósitos de hemosiderina. El infiltrado inflamatorio constaba predominantemente de histiocitos epitelioides con formación de granulomas perivasculares no necrotizantes. Los vasos no mostraban depósitos de material fibrinoide en las paredes y no había trombos intraluminales. Los linfocitos presentes en el infiltrado inflamatorio no mostraban atipia ni epidermotropismo. En la paciente 1 se observaban, además, focos de degeneración vacuolar de la basal.

**Discusión:** La DPP granulomatosa fue descrita por Saito y Matsuoka en 1996 y desde entonces se han reportado 19 casos en la literatura. Aunque inicialmente se consideraba típica de asiáticos, más de la mitad de los pacientes son caucásicos, destacando el claro predominio femenino. 11 de ellos presentan dislipemia, proponiéndose como mecanismo patogénico el daño vascular por depósito de lípidos en las células endoteliales. Por otra parte, se postula que pueda existir una superposición histológica entre las DPP, sobre todo variantes liquenoides, y el linfoma cutáneo de células T (LCCT), reportándose un caso de DPP granulomatosa que progresó a micosis fungoide. El diagnóstico diferencial se basa en el grado de epider-

motropismo y atipia, así como en el estudio de clonalidad. Así, algunos autores las consideran una discrasia linfocítica cutánea.

**Conclusiones:** Presentamos dos casos de DPP granulomatosa y una revisión de la literatura. Resaltamos su posible relación con la dislipemia y el LCCT, por lo que se aconseja un seguimiento a largo plazo en estos pacientes.

## 6. REINDUCCIÓN CON ALTAS DOSIS DE ADALIMUMAB EN PACIENTES PSORIÁSICOS CON FALLO TERAPÉUTICO SECUNDARIO. EFICACIA, COSTE Y PROPUESTA DE ESTUDIO

J. Labandeira<sup>a</sup>, M. Espasandín<sup>a</sup>, M. Pereiro<sup>a</sup>, S. Lojo<sup>b</sup>, J. Rojo<sup>c</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Bioquímica; <sup>c</sup>Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña. España.

**Introducción:** Los pacientes con psoriasis inicialmente respondedores a adalimumab (ADL), en monoterapia o combinado, pueden perder la respuesta terapéutica durante el tratamiento de mantenimiento. Son opciones terapéuticas recomendadas la optimización (acortamiento del intervalo entre dosis) y el cambio de agente biológico (switching). En la enfermedad de Crohn, la mayor tasa de remisiones se obtiene con una dosis de carga de 160/80 mg, que es también la dosis de inducción recomendada para la colitis ulcerosa, según la ficha técnica del producto.

**Objetivo:** Evaluar, en pacientes con psoriasis que desarrollan fracaso terapéutico secundario a ADL, la respuesta a la dosis de inducción de ADL recomendada para colitis ulcerosa.

**Material y métodos:** Pacientes con psoriasis que han desarrollado marcada pérdida de respuesta (PASI > 10) durante el tratamiento de mantenimiento con ADL. Tras obtener el consentimiento informado y la aprobación del Servicio de Farmacia Hospitalaria, tratamiento con la dosis de inducción recomendada para colitis ulcerosa seguida del tratamiento de mantenimiento habitual en psoriasis (40 mg cada 2 semanas). Determinación de niveles de ADL y AAA antes y después del tratamiento.

**Resultados:** Tres pacientes con psoriasis cumplieron los criterios de inclusión. Tras el tratamiento, a corto plazo dos pacientes mostraron respuesta PASI 75 (semana 2) y PASI 100 (semana 4), y el tercero solo leve mejoría tras 4 semanas. Los 2 respondedores iniciaron una lenta recidiva en la semana 6, recuperando el PASI 0 tras añadir 7,5 mg de metotrexato en un caso o acortando el intervalo entre dosis a 10 días en el otro. A medio plazo (semanas 16 y 28) mostraron un nivel de fármaco normal (2,33 µg/ml, basal 0,08) o bajo (0,13 µg/ml, basal indetectable) y títulos de AAA negativos en ambos (basal 200 UA/ml, normal < 3,5, en un caso) Tras 18 meses, permanecen con PASI 0.

**Conclusiones:** Los pacientes con psoriasis con fracaso terapéutico a ADL, incluidos aquellos con títulos elevados de AAA, podrían recuperar rápidamente la respuesta terapéutica con el régimen de inducción descrito. El coste de este régimen es inferior a las 2 alternativas terapéuticas actuales.

## 7. CASOS CLÍNICOS EN TRICOLOGÍA (1)

B. Monteagudo<sup>a</sup>, D. González Vilas<sup>a</sup>, O. Suárez Amor<sup>a</sup>, A. Varela Veiga<sup>a</sup>, A. Vilas Sueiro<sup>a</sup>, J. Pérez Valcárcel<sup>a</sup>, J.A. Vázquez Bueno<sup>b</sup>, L. Rodríguez Pazos<sup>a</sup>, M. Cabanillas<sup>a</sup>, B. Fernández Jorge<sup>a</sup> y C. de Las Heras<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área Sanitaria de Ferrol. SERGAS. Ferrol. A Coruña. España.

La consulta por problemas de pelo es muy frecuente en la práctica diaria. Un 9% de los pacientes con alopecia pide consejo al peluquero y sólo un 3% al médico (no necesariamente al dermatólogo), sin em-

bargo, la alopecia supone cerca del 17,5% de los motivos de consulta de nuestra especialidad. En tricología, los métodos de exploración se pueden clasificar en 3 categorías: métodos no invasivos (historia clínica, exploración general, inspección y palpación del cabello y cuero cabelludo, fotografía, dermatoscopia, etc.), métodos semiinvasivos (tricograma) e invasivos (biopsia). Presentamos varios pacientes con una patología tricológica frecuente cuyo diagnóstico ya suele establecerse con la historia clínica y la exploración del pelo y cuero cabelludo. En cada uno de los casos pretendemos mostrar alguna manifestación clínica atípica o curiosa de esa enfermedad.

## 8. HIRSUTISMO EN PACIENTE POSMENOPÁUSICA

A. Vilas Sueiro<sup>a</sup>, L. Rodríguez Pazos<sup>a</sup>, D. González Vilas<sup>a</sup>, A. Varela Veiga<sup>a</sup>, B. Fernández Jorge<sup>a</sup>, O. Suárez Amor<sup>a</sup>, M. Cabanillas<sup>a</sup>, C. Durana Tonder<sup>b</sup>, B. Monteagudo<sup>a</sup> y C. de Las Heras<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario Ferrol. A Coruña. España.

**Introducción:** La existencia de tumores ováricos productores de andrógenos es un hecho poco frecuente. Durante la postmenopausia estas neoplasias son junto con las neoplasias suprarrenales una de las causas más frecuentes de hiperandrogenismo. El estudio hormonal, el estudio radiológico, así como otras técnicas para la localización tumoral son de gran importancia para establecer el diagnóstico de sospecha.

**Caso clínico:** Mujer de 70 años que presentaba disminución del volumen capilar en zona frontoparietal y aumento de vello en tórax, espalda y zona facial de unos 4 años de evolución. Se realizó analítica sanguínea con estudio hormonal destacando unos niveles de testosterona mayores de 200 ng/dl, siendo normal el resto del estudio hormonal. Las ecografías ginecológica y abdominal, así como un TC abdominal, no mostraron ningún hallazgo relevante, por lo que ante la persistencia de las cifras elevadas de testosterona y las manifestaciones clínicas virilizantes se decidió realizar una anexectomía bilateral de acuerdo con el servicio de ginecología, objetivándose en el estudio histopatológico un tumor de células de Leydig bien diferenciado. Posteriormente los controles analíticos mostraron una normalización de los niveles de testosterona con desaparición del hirsutismo.

**Discusión:** El hiperandrogenismo en mujeres posmenopáusicas puede deberse a un origen tumoral o no tumoral. Los tumores de células de Leydig suelen manifestarse en mujeres posmenopáusicas, con una afectación unilateral y tamaño tumoral menor de 1 cm que impide en muchos casos su detección radiológica, asociando en el 75-90% de las pacientes manifestaciones clínicas virilizantes. Una correcta exploración física y un estudio hormonal permiten orientar alguna de las probables causas, pues los niveles mayores de 130-150 ng/dl son sugestivos de una probable causa tumoral del hiperandrogenismo. El estudio radiológico puede no ser concluyente.

**Conclusiones:** El tratamiento definitivo de estos tumores ováricos es la ooforectomía bilateral en caso de no existir hallazgos radiológicos sugestivos. Tras la exéresis del tumor las manifestaciones clínicas tienden a desaparecer y los niveles hormonales recuperan sus niveles normales. Con este caso deseamos destacar la importancia de recordar este tipo de tumores en casos de hiperandrogenismo en mujeres posmenopáusicas y la dificultad que entraña de manera frecuente su diagnóstico.

## 9. PRURITO EN CONVIVIENTES

M. Espasandín Arias<sup>a</sup>, I. Vázquez Osorio<sup>a</sup>, O. Figueroa Silva<sup>b</sup>, J. Llovo<sup>a</sup>, M.M. Pereiro Ferreirós<sup>b</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Introducción:** *Dermanyssus gallinae* es un ectoparásito hematófago que infesta predominantemente a aves domésticas y tiene una distribución mundial.

**Caso clínico:** Dos pacientes, madre e hija, de 86 y 60 años de edad respectivamente, acudieron a urgencias por prurito generalizado de más de dos meses de evolución. Referían presentar picaduras en tronco y cuero cabelludo, y haber observado insectos milimétricos tanto a nivel cutáneo como en la ropa. Habían sido tratadas con corticoides tópicos y posteriormente con pediculicidas en varias ocasiones presentando mejoría inicial, pero empeoramiento a los pocos días del tratamiento. Además habían realizado desinsectación de la vivienda en dos ocasiones. Referían tener gallinas, un perro y gatos. A la exploración física presentaban lesiones papulosas eritematosas aisladas en tronco y extremidades. Aportaban un frasco donde habían recogido varios parásitos, que fueron identificados como *Dermanyssus gallinae* en el laboratorio de microbiología. Posteriormente se confirmó la parasitación de sus gallinas tras inspeccionar su domicilio y, tras eliminar la fuente de contagio, los síntomas remitieron.

**Discusión:** En ausencia de su huésped habitual, el *Dermanyssus gallinae* puede infestar otras especies, incluidos humanos. La clínica más habitual es la presencia de lesiones máculo-papulosas pruriginosas, siendo confundida esta entidad en muchas ocasiones con una escabiosis. El tratamiento consiste en la eliminación de la fuente de exposición, el lavado del paciente y la desinfección del hogar. También se debe asociar tratamiento sintomático con corticoides tópicos y antihistamínicos si es necesario. El uso de pediculicidas es controvertido.

**Conclusiones:** Se presentan dos casos de infestación por *Dermanyssus gallinae*. Consideramos que es una entidad infradiagnosticada y cuya sospecha clínica es esencial para realizar un manejo adecuado.

## 10. DERMATOLOGÍA Y LÁSER: ¿PODEMOS AYUDAR A NUESTROS PACIENTES A MEJORAR SU EMPLEO?

C. Pestoni, V. Vieira y J. del Pozo

Centro Médico ABATON. A Coruña. España.

**Introducción:** En los últimos años la dificultad para encontrar trabajo ha hecho que muchos pacientes se planteen eliminar ciertas lesiones de la piel que en otras circunstancias no eliminarían.

**Casos clínicos:** Presentamos diversos casos clínicos donde los tratamientos mediante láser han ayudado a los pacientes a poder mejorar su situación laboral.

**Discusión:** En este sentido, lo que más demandan los pacientes actualmente es la eliminación de tatuajes.

**Conclusiones:** Más que nunca, en estos años, la tecnología láser se está convirtiendo en una herramienta más para aumentar las opciones laborales de nuestros pacientes.

## 11. CASOS CLÍNICOS EN TRICOLOGÍA (2)

B. Monteagudo, A. Ramírez Santosa, M. Cabanillas, B. Fernández-Jorge, A. Vilas Sueiro, A. Varela Veiga, D. González Vilas, L. Rodríguez Pazos, O. Suárez Amor y C. de las Heras

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área Sanitaria de Ferrol. Sergas. Ferrol. A Coruña. Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. SERGAS. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

El diagnóstico de las enfermedades del cabello y el cuero cabelludo se basa, en la mayoría de las ocasiones, en el reconocimiento de signos clínicos. En ocasiones dichos signos no son característicos y tenemos que recurrir a técnicas más invasivas como el tricograma o la biopsia. El estudio histológico del cuero cabelludo es a menudo difícil de interpretar y a veces no concluyente. Por otro lado, la

dermatoscopia es una técnica diagnóstica no invasiva que facilita el diagnóstico de muchas de las alteraciones del pelo. Presentamos varios pacientes con una patología tricológica frecuente cuya causa o diagnóstico puede ya sospecharse en una sola imagen.

## 12. LESIONES VIOLÁCEAS EN ÁREAS FOTOEXPUSTAS

A. Varela Veiga<sup>a</sup>, D. González Vilas<sup>a</sup>, A. Vilas Sueiro<sup>a</sup>, J.A. Vázquez Bueno<sup>b</sup>, O. Suárez Amor<sup>a</sup>, B. Fernández Jorge<sup>a</sup>, M. Cabanillas<sup>a</sup>, L. Rodríguez Pazos<sup>a</sup>, B. Monteagudo<sup>a</sup> y C. de las Heras<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. SERGAS. A Coruña. España.

**Introducción:** La fotoexposición solar crónica produce cambios cutáneos irreversibles, ejemplo de ello son la elastosis solar, las telangiectasias, los léntigos actínicos o, como en el caso de nuestros pacientes, lagos venosos.

**Caso clínico:** Se presenta un grupo de pacientes que, como antecedentes de interés en común, destacaba una exposición solar intensa durante la juventud y un hábito tabáquico excesivo. Fueron remitidos a las consultas de Dermatología por la aparición progresiva en los últimos años de lesiones asintomáticas, sobre todo a nivel facial y zona de escote. A la exploración, destacaba la presencia de múltiples lesiones tumorales subcentimétricas de coloración azul-violácea, de pequeño tamaño, de aspecto glomo-venoso. El resto de la superficie corporal estaba libre de estas lesiones. Tras la confirmación clínica y/o histológica de que se trataban de lagos venosos y, dado que las lesiones eran asintomáticas, únicamente se recomendó fotoprotección solar.

**Discusión:** Presentamos una serie de casos de pacientes con lagos venosos múltiples fotoinducidos, entidad poco descrita en la literatura. Se ha puesto en relación con una exposición solar crónica ya que son más frecuentes en pacientes de edad avanzada y además se asocian a otros cambios a nivel cutáneo típicos de la fotoexposición crónica como léntigos actínicos o las telangiectasias. Estas lesiones son benignas, aunque debemos considerar a estos pacientes de alto riesgo para padecer cáncer cutáneo, por lo que se recomiendan revisiones periódicas más frecuentes que en la población general para detectar precozmente este problema. En cuanto al tratamiento, fundamentalmente se recomienda fotoprotección solar y, en algunos casos, el tratamiento se indica en caso de lesiones sintomáticas o en aquellos pacientes que demanden un tratamiento estético.

**Conclusiones:** Lo más relevante a tener en cuenta en esta entidad es la importancia del enfoque hacia la prevención del cáncer cutáneo, principalmente con vigilancia periódica y fotoprotección solar diaria.

## 13. DERMATOFIBROMA HEMOSIDERÓTICO: REPORTE DE UN CASO

P. Leiva Valdebenito, S. García Rodiño, O. Figueroa Silva, C. Peteiro, C. Aliste y H. Vázquez Veiga

Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Introducción:** El dermatofibroma (DF) hemosiderótico es una variante dentro del espectro de DF. Se describe un caso compatible con esta lesión.

**Caso clínico:** Mujer de 60 años, sin antecedentes médicos de interés, refiere lesión en tobillo derecho de dos años de evolución. La lesión solo era sintomática a la palpación. A la exploración física se evidenció un nódulo de coloración violácea de 1 cm de diámetro mayor, consistencia elástica y no adherido a planos profundos. Se realizó exéresis completa de lesión sin incidencias. El estudio histológico demostró positividad de actina de músculo liso en estructuras vasculares intralesionales, índice de proliferación bajo con



Ki-67, y discreta expresión de CD68-PGM1 y Factor XIII-a, hallazgos compatibles con DF hemosiderótico. La revisión no evidenció presencia de recidiva local ni nuevas lesiones. Se decide su alta y seguimiento en atención primaria.

**Discusión:** El dermatofibroma (DF) es uno de los tipos más comunes de lesiones cutáneas. Se presenta con mayor frecuencia en adultos de mediana edad, con cierta predilección por mujeres. Suele localizarse en extremidades y tronco. Varios tipos de DF han sido descritos, cuya distinción se realiza principalmente en base a la histología, pudiendo coexistir características distintas dentro de una misma lesión. La variante hemosiderótica representa aproximadamente un 5% del total de DF y se cree que corresponde a una etapa en el desarrollo de un DF aneurismático. Se compone de múltiples vasos, con extravasación de glóbulos rojos y depósitos de hemosiderina, con presencia de acantosis. Se localiza con mayor frecuencia en zonas profundas, con 80% de ellos en tejido celular subcutáneo, de forma similar a la variante aneurismática. El diagnóstico diferencial puede incluir al melanoma y otras lesiones melanocíticas y no melanocíticas, por lo que su exéresis se recomienda en casos sintomáticos o de duda diagnóstica.

**Conclusiones:** Se describe el caso de un DF hemosiderótico, variedad encontrada dentro del espectro de lesiones que conforman el DF, con clínica e histología compatible.

#### 14. MÁCULAS HIPOPIGMENTADAS ASINTOMÁTICAS EN LAS EXTREMIDADES

I. Vázquez Osorio, M. Espasandín Arias, J. Labandeira García y H. Vázquez Veiga

*Servicio Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.*

**Introducción:** Las máculas de Bier se describen como una entidad específica debida a una respuesta fisiológica vasoconstrictora.

**Material y métodos:** Varón de 33 años con una historia de 6 meses de evolución de lesiones asintomáticas en brazos y muslos que variaban en intensidad a lo largo del día. En sus antecedentes solo destacaba un episodio de ileítis distal.

**Resultados:** Las pruebas complementarias no mostraron otras enfermedades asociadas.

**Conclusiones:** Las máculas de Bier no necesitan tratamiento, pero han sido descritas asociadas a diversas patologías, recomendándose realizar pruebas complementarias para descartarlas. Es una alteración infrecuente, probablemente infradiagnosticada. El diagnóstico es sencillo solo cuando se conoce la entidad, motivo por el que se presenta en este congreso.

#### 15. ECOGRAFÍA CUTÁNEA EN UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

I. Vázquez Osorio<sup>a</sup>, M. Pousa Martínez<sup>a</sup>, M. Ginarte Val<sup>a</sup>, L. Casas<sup>b</sup>, S. Rodríguez<sup>b</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.* <sup>b</sup>*Servicio de Dermatología. Hospital do Barbanza. XXI de Santiago de Compostela. Facultad de Medicina. A Coruña. España.*

**Introducción:** La ecografía cutánea es una técnica inocua y de rápida ejecución, que se ha ido introduciendo progresivamente en la práctica clínica del dermatólogo. En nuestro servicio comenzamos a realizar esta prueba complementaria desde principios del año 2015 en todos aquellos pacientes que se pudieran beneficiar de la misma.

**Casos clínicos:** Desde el 1 de enero de 2015 al 15 de abril de 2015 hemos realizado 71 ecografías cutáneas a 63 pacientes, de los cuales 35 fueron mujeres y 28 varones. Para ello se empleó un ecógrafo MyLabTM 25 Gold con una sonda lineal de 12 MHz. El principal motivo para la realización de la ecografía cutánea fue la presencia de lesiones subcutáneas (40,8%), seguida de lesiones tumorales exofíticas (22,5%), patología inflamatoria (18,3%), patología ungueal (9,8%) y otras (8,4%).

**Discusión:** La ecografía cutánea es una técnica complementaria inocua, de bajo coste y rápida realización, que presenta múltiples utilidades en la práctica clínica del dermatólogo. Permite identificar y delimitar correctamente lesiones cutáneas de difícil interpretación clínica, como las lesiones subcutáneas; realizar un diagnóstico de certeza mediante la correlación con los hallazgos clínicos e histopatológicos; y llevar a cabo un adecuado abordaje terapéutico como en las neoplasias o los abscesos.

**Conclusiones:** Presentamos nuestra experiencia con la ecografía cutánea a lo largo de 4 meses, destacando aquellos casos en los que la ecografía haya tenido un papel destacado en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías. Creemos que se trata de una técnica complementaria que puede resultar de gran ayuda en nuestra práctica diaria.

#### 16. TIMOLOL TÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE HEMANGIOMAS INFANTILES

I. Rodríguez Blanco, L. Casas Fernández, M. Espasandín Arias, I. Vázquez Osorio y H. Vázquez Veiga

*Servicio de Dermatología. Hospital del Barbanza. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela. A Coruña. España.*

**Introducción:** El maleato de timolol es un fármaco b-bloqueante aprobado para el tratamiento de la hipertensión ocular y glaucoma. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que la aplicación tópica de la solución oftálmica de maleato de timolol en hemangiomas infantiles superficiales es un tratamiento eficaz y seguro, por lo que algunos autores proponen que sea la primera alternativa de tratamiento tópico en estos casos.

**Material y métodos:** Se incluyeron aquellos pacientes con hemangiomas infantiles superficiales o predominantemente superficiales en fase proliferativa, no candidatos por sus características o por preferencia paterna a tratamiento sistémico, valorados en las consultas de Dermatología del Hospital de Barbanza en el período comprendido entre junio de 2013 y abril de 2015. Se instruyó a los padres a la aplicación cada 12 horas de las gotas de solución oftalmológica necesarias para cubrir la superficie del angioma. Los pacientes fueron evaluados cada 2-4 semanas, realizándose fotografías de las lesiones en cada visita.

**Resultados:** Se incluyeron 9 pacientes, de los cuales uno de ellos se perdió en el seguimiento. En los 8 pacientes restantes se observó mejoría significativa en todos ellos y resolución del componente superficial del angioma en 3, siendo variable el tiempo de aplicación del fármaco para obtener dichos resultados. No se evidenciaron efectos adversos en relación con el tratamiento.

**Conclusiones:** La aplicación de solución de maleato de timolol al 0,5% en hemangiomas infantiles superficiales se asoció a mejoría constatable en pocas semanas en todos los casos, consiguiéndose la resolución completa en varios de ellos, con un buen perfil de seguridad.

#### 17. ENFERMEDAD DE DARIER CON MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE ENFERMEDAD DE GROVER

I. Vázquez Osorio<sup>a</sup>, M. Espasandín Arias<sup>a</sup>, S. García Rodiño<sup>a</sup>, E. Rosón<sup>a</sup>, J. Labandeira<sup>a</sup>, J.M. Suárez Peñaranda<sup>b</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Departamento de Dermatología. Facultad de Medicina.* <sup>b</sup>*Departamento de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. A Coruña. España.*

**Introducción:** A pesar de que la enfermedad de Darier (ED) y la enfermedad de Grover (EG) están definidas histológicamente por una disqueratosis acantolítica, ambas presentan clásicamente características etiopatogénicas y clínicas diferentes. Presentamos un caso en el que se combinan manifestaciones de ambas entidades.

**Caso clínico:** Varón de 61 años con antecedentes de broncopatía crónica y espondiloartrosis, pero sin antecedentes familiares de in-

terés. Desde hacía 18 años presentaba brotes de lesiones pruriginosas en tronco y raíz de miembros. Había realizado múltiples tratamientos tópicos así como retinoides sistémicos, con mejoría temporal de sus lesiones. En la exploración física presentaba pápulas eritematosas en tronco y raíz de miembros, con erosiones y costras serohemáticas en su superficie. En la mayoría de las láminas ungueales presentaba hiperqueratosis subungueal, escotaduras distales en V y alguna estría longitudinal de coloración rojiza. También se observaban pits palmares bilaterales, dientes gruesos y cortos y aisladas lesiones blanquecinas en mucosa oral. Se realizó biopsia de las lesiones del tronco, con hallazgos histopatológicos compatibles con una EG. Sin embargo, dado que el paciente presentaba manifestaciones clínicas típicas de la ED, se solicitó el estudio genético del gen ATP2A2 (cr. 12q23-24), demostrándose la existencia de la mutación NM\_170665.3:c.545-2A>G en heterocigosis.

**Discusión:** La ED es una genodermatosis con herencia autosómica dominante, debida a mutaciones en el gen ATP2A2. Hasta el momento han sido descritas múltiples mutaciones en dicho gen, sin que se haya alcanzado una clara correlación entre genotipo y fenotipo. En nuestro paciente se identificó una mutación patogénica no descrita previamente. De forma característica observamos una combinación de manifestaciones dermatológicas de la ED y la EG, hecho no descrito en la literatura.

**Conclusiones:** Presentamos un caso aislado de ED con una mutación del gen ATP2A2 no descrita hasta el momento. Pese a tratarse de dos entidades con una etiopatogenia a priori diferente, es posible la existencia conjunta de manifestaciones clínicas de ED y EG en un mismo paciente.

## 18. INFECCIÓN CRÓNICA POR VPH Y CARCINOMAS RECURRENTES

M. Almagro Sánchez, J.J. Cid Fernández, C. Peña Penabad, J. Felgueiras Magalhaes, C. Tomé Espiñeira e I. Bescansa Pous

*Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.*

**Introducción:** Diversos tipos de VPH tienen potencial oncogénico. Se han descrito entidades que cursan con infección crónica por VPH como la epidermodisplasia verruciforme, inmunodeficiencias congénitas y adquiridas o alteraciones de la barrera cutánea.

**Caso clínico:** Mujer de 42 años que ingresa por infección de herida quirúrgica. Tenía antecedentes de verrugas vulgares de las manos, vulvectomía por condilomatosis vulvar (VP-16), colostomía por cáncer de recto y cáncer epidermoide del lecho ungueal de la mano derecha. Además, infecciones bacterianas recurrentes (hidrosadenitis, foliculitis, otitis, infecciones postoperatorias). La infección bacteriana de la herida quirúrgica tras exéresis de Ca epidermoide cutáneo respondió a antibióticos, pero en los estudios complementarios se detectó hipogammaglobulinemia, neutropenia y linfopenia. La biopsia de médula ósea fue normal, pero en el estudio inmunitario se detectaron múltiples alteraciones de la respuesta humoral y celular. Aunque no existían casos familiares, se realizó estudio genético encontrándose la mutación causal en el gen GATA2.

**Discusión:** Ante un paciente complejo con infecciones y carcinomas recurrentes asociados a alteraciones de la inmunidad que no puede encuadrarse en base a dichos hallazgos, el estudio genético puede ser diagnóstico.

## 19. AFECTACIÓN CUTÁNEA POR COLANGIOCARCINOMA POR DIFERENTE MECANISMO DE DISEMINACIÓN TUMORAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

L. Mesa Álvarez<sup>a</sup>, H.J. Suh<sup>a</sup>, N. No<sup>a</sup>, J.C. Feal<sup>a</sup>, A. Ledo<sup>b</sup>, A. Flórez<sup>a</sup>, C. Álvarez<sup>c</sup>, A. Pérez<sup>c</sup> y C. de La Torre<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio de Digestivo; <sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Xestión Integrada Pontevedra-Salnés. España.

**Introducción:** El colangiocarcinoma es un tumor poco frecuente, representa el 3% de todas las neoplasias digestivas. Se trata de un tumor de mal pronóstico con gran tendencia a metastatizar a órganos internos y con afectación cutánea infrecuente.

**Casos clínicos:** Presentamos dos pacientes con afectación cutánea por esta neoplasia. Paciente 1: Mujer de 77 años en estudio en el servicio de digestivo por cirrosis biliar secundaria. Presentaba una lesión tumoral infiltrada en epigastrio sobre cicatriz de laparotomía previa. El estudio histopatológico y el perfil inmunohistoquímico fueron compatibles con colangiocarcinoma. Posteriormente se realizó estudio de extensión con TAC y se determinó que se trataba de una afectación cutánea por continuidad por colangiocarcinoma. Paciente 2: Varón de 68 años diagnosticado de colangiocarcinoma y tratado con gemcitabina por oncología. Presentaba múltiples pápulas pruriginosas y friables en región epigástrica, algunas en cicatriz de esternotomía previa. Se realizó estudio histopatológico de una de las lesiones confirmándose el diagnóstico de metástasis de colangiocarcinoma. El estudio de extensión con TAC fue compatible.

**Discusión:** En nuestra revisión de la literatura hemos encontrado aproximadamente 30 casos descritos de metástasis cutáneas de dicha neoplasia. El 50% de casos eran en región epigástrica. El área cutánea de metastatización a distancia más frecuente es el cuero cabelludo. En todos los casos descritos, la supervivencia fue inferior a un año. En cuanto a la afectación cutánea por continuidad, en la mayoría de los casos, la afectación cutánea es en zonas de drenaje o de procedimientos percutáneos previos.

**Conclusiones:** La afectación cutánea por colangiocarcinoma es un hecho excepcional. Nos encontramos en este caso ante dos ejemplos de lesiones cutáneas por colangiocarcinoma con diferente mecanismo de diseminación tumoral. En ambos casos la supervivencia fue inferior a un año desde el diagnóstico de las lesiones cutáneas. En nuestra opinión, es importante que en pacientes con antecedentes de colangiocarcinoma y lesiones cutáneas sugerentes se tenga en cuenta la posibilidad de afectación cutánea por dicho tumor, sobre todo en cicatrices quirúrgicas o en regiones donde se han realizado procedimientos percutáneos previamente.

## 20. XANTOMA PLANO NORMOLIPIDÉMICO ASOCIADO A LINFOMA NO HODGKIN

M. Pousa Martínez<sup>a</sup>, P. Leiva Valdebenito<sup>a</sup>, M. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup>, C. Aliste<sup>b</sup>, M. Ginarte Val<sup>a</sup> y H. Vázquez Veiga<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología; <sup>b</sup>Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Introducción:** El xantoma plano normolipidémico es una entidad poco frecuente, que se ha relacionado con enfermedades sistémicas y, sobre todo, con procesos hematológicos.

**Caso clínico:** Mujer de 74 años con antecedentes personales de hipotiroidismo y linfoma no Hodgkin (LNH) folicular con infiltración tiroidea (estadio IVA) diagnosticada en el año 2006. Realizó tratamiento con quimioterapia hasta el año 2008, encontrándose estable en el momento actual. Fue remitida a nuestras consultas por la presencia de lesiones amarillentas de crecimiento progresivo en región anterior del tórax que aparecieron 5 años después del diagnóstico del LNH. Las lesiones no le generaban sintomatología alguna. A la exploración física se objetivaron placas amarillo-anaranjadas confluyentes de disposición lineal en región preesternal. El estudio histopatológico de una de las lesiones mostró células espumosas localizadas en la dermis superior. No presentó alteraciones en el perfil lipídico.

**Discusión:** El xantoma plano normolipidémico es una patología adquirida, que afecta principalmente a individuos de mediana edad. Suele asociarse a alteraciones en el perfil lipídico, aunque también existen casos con normolipidemia como el que aquí describimos. La forma normolipidémica se ha relacionado con procesos hematológicos, entre

los que destaca la gammapatía monoclonal, el mieloma múltiple y la micosis fungoide. Sin embargo, son excepcionales los casos descritos que se asocian con linfomas de tipo B, como el aquí presentado.

**Conclusiones:** Presentamos el caso de un xantoma plano normolipidémico asociado a LNH tipo B, asociación poco frecuente en la literatura indexada. Su asociación con patología neoplásica hace necesario el despistaje de la misma ante un paciente que presente xantomas planos.

## 21. QUEILITIS DE CONTACTO

M. Rodríguez Rodríguez, I. Vázquez Osorio, M. Espasandín Arias, M. Pousa Martínez, V. Fernández Redondo y H. Vázquez Veiga

*Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.*

**Introducción:** La queilitis es un motivo infrecuente de derivación a la Unidad de Alergia Cutánea. El diagnóstico diferencial de esta patología incluye diferentes procesos, diagnosticándose en un pequeño porcentaje de pacientes una queilitis de contacto.

**Casos clínicos:** En 2014 fueron remitidos a la Unidad de Alergia Cutánea 268 pacientes, entre los cuales se diagnosticaron dos casos de queilitis de contacto. El primer caso es el de una mujer de 65 años que refería lesiones en mucosa labial de años de evolución. No relacionaba con ningún desencadenante, aunque refería la utilización de "bálsamos labiales". Se estudió con la serie estándar del Grupo Español de Alergia Cutánea ampliada con la serie específica

de antioxidantes y aditivos alimentarios, demostrándose hipersensibilidad retardada a mezcla de isotiazolinonas presente en cosméticos. El segundo caso es el de un varón de 53 años, cocinero de barco retirado, remitido por lesiones de años de evolución en mucosa labial que no relacionaba con ningún desencadenante. Se estudió con la serie estándar del Grupo Español de Alergia Cutánea ampliada con la serie internacional de cosméticos y fragancias, demostrándose hipersensibilidad retardada con relevancia presente a mezcla de isotiazolinonas, fragancias mix II y dodecil galato.

**Discusión:** Las queilitis de contacto se deben principalmente a alérgenos presentes en cosméticos, filtros solares, dentífricos, medicamentos tópicos, prótesis dentarias o alimentos. Los galatos son de los alérgenos más frecuentemente implicados en esta entidad. Son antioxidantes utilizados en industria cosmética, farmacéutica y alimentaria. Los casos de queilitis de contacto por galatos son poco frecuentes, se cree que debido a la tolerancia oral producida por la exposición repetida en productos de uso diario. El mayor número de casos se debe al propil galato ya que es el más utilizado en la industria, siendo los cosméticos los principales implicados. Otros agentes implicados en las queilitis de contacto son conservantes, antioxidantes o perfumes usados en cosméticos, pasta dental,... materiales usados en prótesis dentales (metales o acrilatos empleados como adhesivos), medicamentos tópicos, colutorios o alimentos.

**Conclusiones:** Ante toda queilitis persistente se debe considerar la realización de pruebas epicutáneas incluyendo, en caso de que sea posible, los productos propios del paciente con el fin de descartar una queilitis de contacto.